ఫారం - 1A

ప్రధానమంత్రి మాతృ వందన యోజన పథకం

మొదటి విడత నగదుకొరకు గర్భిణీ వివరముల పత్రం

వ్యక్తిగత వివరములు

1. **అర్హురాలి వివరములు**

1. అర్హురాలికి ఆధార్ కార్డు ఉన్నదా? **ఉన్నది / లేదు**

ఉన్నచో

2. అర్హురాలిపూర్తి పేరు (ఆధార్ ప్రకారం)

----

3. ఆధార్ నంబర్ : ______________________

(ఆధార్ కాపీ జతపరచవలెను)

లేనిచో

4. ఆధార్ ఎన్రోలమెంట్ ఐ.డి (EID) :

____

5. అర్హురాలిపూర్తి పేరు (ఆధార్ ఎన్రోలమెంట్ ఐ.డి ప్రకారం)

----

6. ఆధారిత పత్రం నంబర్: ______________________

7. గుర్తింపు ఆధార పత్రం

a. బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్ పాసుబుక్ ఫోటో కాపీ
b. ఓటర్ ఐ డి కార్డు
c. రేషన్ కార్డు
d. కిసాన్పాసుబుక్ ఫోటో కాపీ
e. పాస్ పోర్ట్
f. డ్రైవింగ్ లైసెన్స్
g. పాన్ కార్డు
h. ఉద్యోగ గుర్తింపు కార్డు
i. భర్తఉద్యోగ గుర్తింపు కార్డు (ప్రభుత్వ / ప్రైవేటు)
j. ప్రభుత్వ అధికారి చే జారీచేయబడిన పత్రం
k. వైద్యాధికారి చే జారీచేయబడిన పత్రం
l. ప్రభుత్వం వారు జారీచేసిన ఇతర ధృవీకరణ పత్రాలు
m. ప్రభుత్వం పరిధిలోని ఇతర ధృవీకరణ పత్రాలు

2. **భర్త వివరములు**

1. భర్తకి ఆధార్ కార్డు ఉన్నదా? **ఉన్నది / లేదు**

ఉన్నచో

2. భర్త పూర్తి పేరు (ఆధార్ ప్రకారం)

----

3. ఆధార్ నంబర్ : ______________________

(ఆధార్ కాపీ జతపరచవలెను)

లేనిచో

4. ఆధార్ ఎన్రోలమెంట్ ఐ.డి (EID) :

____

5. భర్తపూర్తి పేరు (ఆధార్ ఎన్రోలమెంట్ ఐ.డి ప్రకారం)

----

6. ఆధారిత పత్రం నంబర్: ______________________

7. గుర్తింపు ఆధార పత్రం

a. బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్ పాసుబుక్ ఫోటో కాపీ
b. ఓటర్ ఐ డి కార్డు
c. రేషన్ కార్డు
d. కిసాన్పాసుబుక్ ఫోటో కాపీ
e. పాస్ పోర్ట్
f. డ్రైవింగ్ లైసెన్స్
g. పాన్ కార్డు
h. ఉద్యోగ గుర్తింపు కార్డు
i. భర్తఉద్యోగ గుర్తింపు కార్డు (ప్రభుత్వ / ప్రైవేటు)
j. ప్రభుత్వ అధికారి చే జారీచేయబడిన పత్రం
k. వైద్యాధికారి చే జారీచేయబడిన పత్రం
l. ప్రభుత్వం వారు జారీచేసిన ఇతర ధృవీకరణ పత్రాలు
m. ప్రభుత్వం పరిధిలోని ఇతర ధృవీకరణ పత్రాలు

3. ప్రస్తుత నివాస వివరములు

డో. నం:	వీధి / రోడ్డు / లైన్ :
ల్యాండ్ మార్క్ :	ఏరియా / ప్రాంతం / సెక్టార్ :
గ్రామము / పట్టణమా / సిటీ:	పోస్ట్ ఆఫీస్:
జిల్లా :	మండలం
రాష్ట్రము:	పిన్ కోడ్:

4. **ఫోన్ నెంబర్:** ____________________________

5. ఏ విడత నగదు కోసం దరఖాస్తు: 1st విడత ◯ 2nd విడత ◯ 3rd విడత ◯

6. చివరి బహిష్టు తేది (LMP): ____________________ (DD/MM/YYYY) (MCP కార్డు జతపరచవలెను).

7. ఆరోగ్య ఉపకేంద్రంలో నందు నమోదు చేసుకున్న తేది : _______________ (DD/MM/YYYY) (MCP కార్డు జతపరచవలెను).

8. ప్రస్తుత గర్భానికి ముందు జీవించి ఉన్న శిశివుల సంఖ్య / ఏ విడత నగదుకొరకు: __________

9. కేటగిరీ : (SC /ST / Other) : ____________________

10. బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్వివరములు (బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్పాసుబుక్ మొదటి పేజీ ఫోటో కాపీజతపరచవలెను)

    a. బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్లో అభ్యర్థి పేరు : ____________________

    b. అకౌంట్ నెంబర్ : ____________________

    c. బ్యాంక్ పేరువివరములు : ____________________

    d. బ్యాంకు బ్రాంచ్ పేరు : ____________________

    e. IFSC code : ____________________

    f. పోస్ట్ ఆఫీస్పేరువివరములు : ____________________

    g. పిన్ కోడ్ : ____________________

    h. బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్ఆధార్ తో లింక్ చేయబడినదా: అవును ◯ లేదు ◯

11. పాత (IGMVY) MBP స్కీమ్ లో నమోదు చేసుకొని ఉన్నారా : అవును ◯ లేదు ◯

12. అవును అయితే ఏ విడత నగదు అందుకొనిఉన్నారు

    i. తీసుకోలేదు ◯ ii. 1వ విడత Rs . 3000/- ◯ iii. 2వ విడతRs . 3000/- ◯

13. అభ్యర్థి ప్రమాణ పత్రము

a. నేను ఎటువంటి కేంద్ర / రాష్ట్ర / ప్రభుత్వ ఆధారిత సంస్థలలో ఉద్యోగికాదు.

b. నా ఉద్యోగ పరిధిలో ఎటువంటి మాతృత్వ నగదు సహాయం పొందలేదు.

c. ఈ క్రిందివాటిలో అంగీకారము

i. **అభ్యర్థికి ఆధార్ ఉంటే**

- ఆధార్ చట్టం 2016 ప్రకారం నా యొక్క అంగీకారముతోనే నా ఆధార్ వివరములు ఈ పథకంకు అనుసంధానించడానికి నా పూర్తి సమతితో ఇచ్చినాను . ఈ పథకం కొరకు తప్ప నా అనుమతి లేకుండా డిపార్ట్మెంట్ వారు ఇతరులకు ఇవ్వడానికి గాని, ఇతర అవసరాలకు గాని ఇవ్వబడలేదు.

ii. **అభ్యర్థికి ఆధార్ లేకుంటే**

- ఆధార్ లేని కారణంగా ప్రస్తుతం ఇతర ఐడెంటిటీ సమర్పించి ఆధార్ కొరకు నమోదు చేసుకొని (EID) సమర్పించగలను మరియు ఆధార్ పొందిన వెంటనేనా ఆధార్ వివరములు ఈ పథకంకు అనుసంధానించడానికి నా పూర్తి సమతితోఇచ్చెదను.

d. ఈ పథకం కొరకు ఎటువంటి తప్పుడు ఆధార్ గాని, ఇతర ఐడెంటిటీ గాని ఇవ్వలేదు.

e. నేను సమర్పించిన బ్యాంకు / పోస్ట్ ఆఫీస్ అకౌంట్ నా పేరునే నమోదు అయినది ఎటువంటి జాయింట్ అకౌంట్ కాదు.

f. నా ప్రెగ్నెన్సీ వివరములలో ఎటువంటి తప్పుడు సమాచారం ఇవ్వలేదు.

g. ______________________________ (ఫారం నందు తెలిపిన నా భర్తపేరు) ఇతనే నా భర్త మరియు మా ఇద్దరికి ఇదే నా మొదటి ప్రెగ్నెన్సీ మాకు మొదటి జీవించి ఉన్న శిశువు.

పైన తెలిపిన వివరములు అన్ని వాస్తవములని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను.

అభ్యర్థి సంతకం / బొటనవేలు ముద్ర

తేదీ **ప్రాంతం**

14. అభ్యర్థిభర్త ప్రమాణ పత్రము

a. ఈ క్రిందివాటిలో అంగీకారము

i. అభ్యర్థికి ఆధార్ ఉంటే

- ఆధార్ చట్టం 2016 ప్రకారం నా యొక్క అంగీకారముతోనే నా ఆధార్ వివరములు ఈ పథకంకు అనుసంధానించడానికి నా పూర్తి సమతితో ఇచ్చినాను . ఈ పథకం కొరకు తప్ప నా అనుమతి లేకుండా డిపార్ట్మెంట్ వారు ఇతరులకు ఇవ్వడానికి గాని, ఇతర అవసరాలకు గాని ఇవ్వబడలేదు.

ii. అభ్యర్థికి ఆధార్ లేకుంటే

- ఆధార్ లేని కారణంగా ప్రస్తుతం ఇతర ఐడెంటిటీ సమర్పించి ఆధార్ కొరకు నమోదు చేసుకొని (EID) సమర్పించగలను మరియు ఆధార్ పొందిన వెంటనేనా ఆధార్ వివరములు ఈ పథకంకు అనుసంధానించడానికి నా పూర్తి సమతితోఇచ్చెదను.

b. ఈ పథకం కొరకు ఎటువంటి తప్పుడు ఆధార్ గాని, ఇతర ఐడెంటిటీ గాని ఇవ్వలేదు.

c. ______________________ (ఫారం నందు తెలిపిన నా భార్య పేరు) తనే నా భార్య మరియు మా ఇద్దరికి ఇదే మొదటి ప్రెగ్నెన్సీ, మాకు మొదటి జీవించి ఉన్న శిశువు.

పైన తెలిపిన వివరములు అన్ని వాస్తవములని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను.

అభ్యర్థిభర్త సంతకం / బొటనవేలు ముద్ర

తేదీ **ప్రాంతం**

15. RCH / MCTS ID: ______________________

ఆరోగ్య కార్యకర్త / ఆశా కార్యకర్త / అంగన్వాడీ కార్యకర్త నింపవలిసిన వివరములు

16. అంగన్వాడీ కేంద్రం / ఆరోగ్య కేంద్రం వివరములు:

అంగన్వాడీ కేంద్రం పేరు / ఆరోగ్య కేంద్రంపేరు : ______________________

అంగన్వాడీ కేంద్రంకోడ్ నంబర్ : ______________________

గ్రామము / పట్టణమా / సిటీ : ______________________

గ్రామముకోడ్ నంబర్ : ______________________

ఆరోగ్య కార్యకర్త/ఆశా /అంగన్వాడీ కార్యకర్తపేరు : ______________________

పోస్ట్ ఆఫీస్పేరు : ______________________

ప్రాజెక్ట్ పేరు : ______________________

జిల్లా పేరు : ______________________

17. సమర్పించిన పత్రముల వివరాలు

క్ర.సం	సమర్పించిన పత్రములు (నకలు జతపరచవలెను)	పత్రములు సమర్పించినవి అవును – Y / కాదు – N / NA
1.	అభ్యర్థి ఆధార్ కార్డు	
2.	అభ్యర్థి గుర్తింపు ఆధార్ పత్రం (ఆధార్ కార్డులేనిచో)	
3.	భర్తఆధార్ కార్డు	
4.	భర్త గుర్తింపు ఆధార్ పత్రం (ఆధార్ కార్డులేనిచో)	
5.	అభ్యర్థి ఆధార్ నమోదు పత్రం (EID)(అధార్ కార్డులేనిచో)	
6.	భర్త గుర్తింపు ఆధార్ నమోదుపత్రం(EID) (ఆధార్ కార్డులేనిచో)	
7.	మాతా,శిశు సంరక్షణా కార్డు (MCP card)	
8.	అభ్యర్థి బ్యాంక్/ పోస్ట్ ఆఫీస్ఆఫీస్ పాసుబుక్మొదటి పేజీ (పేరు , అకౌంట్ నంబర్ తో) కాపీ	

అంగన్వాడీ కేంద్రం/ఆరోగ్య కేంద్రం లో PMMVY నందు నమోదు చేసుకున్న తేదీ: ____________(DD/MM/YYYY)

ఆరోగ్య పర్యవేక్షకులు / ఆరోగ్య కార్యకర్తకు అందచేసిన తేదీ: ____________(DD/MM/YYYY)

సంతకం

తేదీ **ప్రాంతం**

ఆరోగ్య పర్యవేక్షకులు / ఆరోగ్య కార్యకర్తపరిశీలన

______________________________ నేను పైన అని వివరములు పూర్తిగా నింపబడినది పరిశీలించాను.

సంతకం

తేదీ **ప్రాంతం**

------------✂------------✂------------✂------------✂------------✂------------✂------------✂--------------

అభ్యర్థి నమోదు వివరములు రసీదు (ఆరోగ్య కార్యకర్త / ఆశా కార్యకర్త / అంగన్వాడీ కార్యకర్తచేత)

అంగన్వాడీ కేంద్రం పేరు / ఆరోగ్య కేంద్రంపేరు	:	____________________
అంగన్వాడీ కేంద్రంకోడ్ నంబర్	:	____________________
గ్రామము / పట్టణమా / సిటీ	:	____________________
గ్రామముకోడ్ నంబర్	:	____________________
ఆరోగ్య కార్యకర్త/ఆశా /అంగన్వాడీ కార్యకర్తపేరు	:	____________________
పోస్ట్ ఆఫీస్పేరు	:	____________________
ప్రాజెక్ట్ పేరు	:	____________________
జిల్లా పేరు	:	____________________

శ్రీమతి ________________________(పేరు) చేత పూర్తి చేయబడి ఆధారిత పత్రములతో ఫారం – 1A అందచేసిన

తేదీ ______________

సంతకం

తేదీ **ప్రాంతం**

ఫారం –1B

ప్రధానమంత్రి మాతృ వందన యోజన పధకం

రెండొవ విడత నగదుకొరకు గర్భిణీ వివరముల పత్రం

1. శ్రీమతి ______________________(అభ్యర్థిపేరు) PMMVY నందు నమోదు చేయబడి అంగన్వాడీ కేంద్రం/ఆరోగ్య కేంద్రం / గ్రామము ________________.
2. అభ్యర్థి ఆధార్ కార్డు ______________________ (నకలు జతపరచవలెను).

   గుర్తింపు ఆధార పత్రం

   a. బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్ పాసుబుక్ ఫోటో కాపీ
   b. ఓటర్ ఐ డి కార్డు
   c. రేషన్ కార్డు
   d. కిసాన్పాసుబుక్ ఫోటో కాపీ
   e. పాస్ పోర్ట్
   f. డ్రైవింగ్ లైసెన్స్
   g. పాన్ కార్డు
   h. ఉద్యోగ గుర్తింపు కార్డు
   i. భర్తఉద్యోగ గుర్తింపు కార్డు (ప్రభుత్వ / ప్రైవేటు)
   j. ప్రభుత్వ అధికారి చే జారీచేయబడిన పత్రం
   k. వైద్యాధికారి చే జారీచేయబడిన పత్రం
   l. ప్రభుత్వం వారు జారీచేసిన ఇతర ధృవీకరణ పత్రాలు
   m. ప్రభుత్వం పరిధిలోనిఇతర ధృవీకరణ పత్రాలు
3. అంగన్వాడీ కేంద్రం/ఆరోగ్య కేంద్రంలో PMMVY నందు నమోదు చేసుకున్న తేదీ: ________(DD/MM/YYYY)
4. గర్భిణిగా నమోదుచేసుకున్న తేదీ: __________(DD/MM/YYYY).
5. గతంలోనే ఈస్కీమ్ లో నమోదు చేసుకొని ఉన్నారా : అవును ◯ లేదు ◯

   (కాదు అయితే ఫారం - 1A పూరించవలెను)(అవును అయితే ఫారం - 1A రసీదు జతపరచవలెను)
6. PMMVY స్కీమ్ లో రెండొవ విడత నగదు అందుకోవాల్సిన తేదీ : __________(DD/MM/YYYY)

   (మాతా,శిశు సంరక్షణా కార్డు (MCP card), అభ్యర్థి ఆధార్ కార్డుజతపరచవలెను)
7. RCH / MCTS ID: ______________________

సంతకం

తేదీ **ప్రాంతం**

8. **ఆరోగ్య కార్యకర్త / ఆశా కార్యకర్త / అంగన్వాడీ కార్యకర్త నింపవలిసిన వివరములు**

అంగన్వాడీ కేంద్రం / ఆరోగ్య కేంద్రం వివరములు:

అంగన్వాడీ కేంద్రం పేరు / ఆరోగ్య కేంద్రంపేరు : ______________________

అంగన్వాడీ కేంద్రంకోడ్ నంబర్ : ______________________

గ్రామము / పట్టణమా / సిటీ : ______________________

గ్రామముకోడ్ నంబర్ : ______________________

ఆరోగ్య కార్యకర్త/ఆశా /అంగన్వాడీ కార్యకర్తపేరు : ______________________

పోస్ట్ ఆఫీస్పేరు : ______________________

ప్రాజెక్ట్ పేరు : ______________________

జిల్లా పేరు : ______________________

9. సమర్పించిన పత్రముల వివరాలు

క్ర.సం	సమర్పించిన పత్రములు (నకలు జతపరచవలెను)	పత్రములు సమర్పించినవి అవును – Y / కాదు – N / NA
1.	అభ్యర్థి ఆధార్ కార్డు	
2.	భర్తఆధార్ కార్డు	
3.	మాతా,శిశు సంరక్షణా కార్డు (MCP card)	
4.	అభ్యర్థి బ్యాంక్/ పోస్ట్ ఆఫీస్ఆఫీస్ పాసుబుక్మొదటి పేజీ (పేరు , అకౌంట్ నంబర్ తో) కాపీ	
5.	ఫారం - 1A రసీదు	

అంగన్వాడీ కేంద్రం/ఆరోగ్య కేంద్రం లో PMMVY నందు నమోదు చేసుకున్న తేదీ: ____________(DD/MM/YYYY)

ఆరోగ్య పర్యవేక్షకులు / ఆరోగ్య కార్యకర్తకు అందచేసిన తేదీ: ____________(DD/MM/YYYY)

సంతకం

తేదీ **ప్రాంతం**

ఆరోగ్య పర్యవేక్షకులు / ఆరోగ్య కార్యకర్తపరిశీలన

_______________ నేను పైన అన్ని వివరములు పూర్తిగా నింపబడినది పరిశీలించాను.

సంతకం

తేదీ **ప్రాంతం**

------------✂------------✂------------✂------------✂------------✂------------✂------------✂------------

అభ్యర్థి నమోదు వివరములు రసీదు (ఆరోగ్య కార్యకర్త / ఆశా కార్యకర్త / అంగన్వాడీ కార్యకర్తచేత)

అంగన్వాడీ కేంద్రం పేరు / ఆరోగ్య కేంద్రంపేరు	:	_______________
అంగన్వాడీ కేంద్రంకోడ్ నంబర్	:	_______________
గ్రామము / పట్టణమా / సిటీ	:	_______________
గ్రామముకోడ్ నంబర్	:	_______________
ఆరోగ్య కార్యకర్త/ఆశా /అంగన్వాడీ కార్యకర్తపేరు	:	_______________
పోస్ట్ ఆఫీస్పేరు	:	_______________
ప్రాజెక్ట్ పేరు	:	_______________
జిల్లా పేరు	:	_______________

శ్రీమతి _______________ (పేరు) చేత పూర్తి చేయబడి ఆధారిత పత్రములతో ఫారం – 1B అందచేసిన

తేదీ _______________

సంతకం

తేదీ **ప్రాంతం**

ఫారం –1C

ప్రధానమంత్రి మాతృ వందన యోజన పథకం

మూడొవ విడత నగదుకొరకు గర్భిణీ వివరముల పత్రం

1. శ్రీమతి ______________________(అభ్యర్థిపేరు) PMMVY నందు నమోదు చేయబడి అంగన్వాడీ కేంద్రం/ఆరోగ్య కేంద్రం / గ్రామము ________________.
2. అభ్యర్థి ఆధార్ కార్డు ______________________ (నకలు జతపరచవలెను).
3. ప్రసవం అయిన తేదీ: ______________________.
4. ప్రభుత్వం చే గుర్తింపు పొందిన ఆసుపత్రిలో ప్రసవం అయ్యారా?: అవును ◯ లేదు ◯
   a. అవునుఅయితే ప్రభుత్వం చే గుర్తింపు పొందిన ఆసుపత్రిపేరు : ______________________
5. గతంలోనే ఈస్కీమ్ లో నమోదు చేసుకొని ఉన్నారా : అవును ◯ లేదు ◯
   (కాదు అయితే ఫారం - 1A పూరించవలెను)(అవును అయితే ఫారం - 1A రసీదు జతపరచవలెను)
6. పుట్టిన బిడ్డ లింగము
   a. మగ ◯ ఆడ ◯ (టిక్ చేయవలెను)
   ఒకటికంటే ఎక్కువ పిల్లలు పుడితే
   b. మగ ◯ ఆడ ◯ (టిక్ చేయవలెను) (Twins)
   c. మగ ◯ ఆడ ◯ (టిక్ చేయవలెను)(Triplets)
   d. మగ ◯ ఆడ ◯ (టిక్ చేయవలెను)(Quadruplets)
7. వాక్సిన్ చేయించుకుని వివరాలు
   a. BCG : అవును ◯ లేదు ◯
   b. OPV (Zero, 1, 2 & 3 Doses) : అవును ◯ లేదు ◯
   c. Pentavalent (1, 2 & 3 Doses) : అవును ◯ లేదు ◯
   d. IPV (1, 2 & 3 Doses) : అవును ◯ లేదు ◯
8. మొదటి దశ వాక్సిన్పూర్తిగా చేయించుకున్న తేదీ : ____________(DD/MM/YYYY)
9. గతంలో మృత శిశువు జన్మించి ఉన్నదా : అవును ◯ లేదు ◯
10. ఈ క్రింది పత్రములు జతపరచవలెను
    a. బిడ్డ జనన ధ్రువీకరణ పత్రము
    b. మాతా,శిశు సంరక్షణా కార్డు (MCP card)
11. RCH / MCTS ID: ______________________

12.ఆరోగ్య కార్యకర్త / ఆశా కార్యకర్త / అంగన్వాడీ కార్యకర్త నింపవలిసిన వివరములు

అంగన్వాడీ కేంద్రం / ఆరోగ్య కేంద్రం వివరములు:

అంగన్వాడీ కేంద్రం పేరు / ఆరోగ్య కేంద్రంపేరు : ____________________

అంగన్వాడీ కేంద్రంకోడ్ నంబర్ : ____________________

గ్రామము / పట్టణమా / సిటీ : ____________________

గ్రామముకోడ్ నంబర్ : ____________________

ఆరోగ్య కార్యకర్త/ఆశా /అంగన్వాడీ కార్యకర్తపేరు : ____________________

పోస్ట్ ఆఫీస్పేరు : ____________________

ప్రాజెక్ట్ పేరు : ____________________

జిల్లా పేరు : ____________________

PMMVY స్కీమ్ లో మూడొవ విడత నగదు అందుకోవాల్సిన తేదీ : ____________(DD/MM/YYYY)

ఆరోగ్య పర్యవేక్షకులు / ఆరోగ్య కార్యకర్తకు అందచేసిన తేదీ: ____________(DD/MM/YYYY)

13. సమర్పించిన పత్రముల వివరాలు

క్ర.సం	సమర్పించిన పత్రములు (నకలు జతపరచవలెను)	పత్రములు సమర్పించినవి అవును – Y / కాదు – N / NA
1.	అభ్యర్థి ఆధార్ కార్డు	
2.	భర్తఆధార్ కార్డు	
3.	మాతా,శిశు సంరక్షణా కార్డు (MCP card)	
4.	బిడ్డ జనన ధ్రువీకరణ పత్రము	
5.	ఫారం - 1A రసీదు	

సంతకం

తేదీ **ప్రాంతం**

One Side

ఆరోగ్య పర్యవేక్షకులు / ఆరోగ్య కార్యకర్తపరిశీలన

______________ నేను పైన అన్ని వివరములు పూర్తిగా నింపబడినది పరిశీలించాను.

సంతకం

తేదీ **ప్రాంతం**

----------✂----------✂----------✂----------✂----------✂----------✂----------✂----------

అభ్యర్ధి నమోదు వివరములు రసీదు (ఆరోగ్య కార్యకర్త / ఆశా కార్యకర్త / అంగన్వాడీ కార్యకర్తచేత)

అంగన్వాడీ కేంద్రం పేరు / ఆరోగ్య కేంద్రంపేరు : ______________

అంగన్వాడీ కేంద్రంకోడ్ నంబర్ : ______________

గ్రామము / పట్టణమా / సిటీ : ______________

గ్రామముకోడ్ నంబర్ : ______________

ఆరోగ్య కార్యకర్త/ఆశా /అంగన్వాడీ కార్యకర్తపేరు : ______________

పోస్ట్ ఆఫీస్పేరు : ______________

ప్రాజెక్ట్ పేరు : ______________

జిల్లా పేరు : ______________

శ్రీమతి ______________ (పేరు) చేత పూర్తి చేయబడి ఆధారిత పత్రములతో ఫారం – 1C అందచేసిన

తేదీ ______________

సంతకం

తేదీ **ప్రాంతం**